

Lombalgie et chronicité : dépistage précoce

4

par Michel Rossignol et Alain Neveu

Pouvez-vous rapidement prévoir, dans votre pratique, quels patients réagiront moins bien aux traitements ? À la lecture des cas cliniques, vous aviez sans doute perçu que l'état de Madame C.D. et de Monsieur G.H. évoluerait plus lentement. Mais sur quels critères, autres que votre intuition clinique, aviez-vous fondé cette impression ?

L'ÉVOLUTION FONCTIONNELLE est dite favorable lorsqu'un patient retourne à la plupart de ses activités habituelles, y compris le travail, dans un délai de douze semaines¹.

Pour prévenir une incapacité fonctionnelle prolongée, il importe de dépister les facteurs pronostiques dès la première consultation médicale. Cela revêt encore plus d'importance lorsqu'on s'approche de la douzième semaine de lombalgie.

Facteurs pronostiques

Pour déterminer si une caractéristique du patient et de son problème lombaire est un pronostic de son évolution, il faut comparer les patients qui ont cette caractéristique au départ et ceux qui ne l'ont pas. Pour ce faire, il faut étudier soit la proportion de patients dont l'état devient chronique, soit l'analyse de la vitesse de récupération. En général, un seul facteur pronostique n'est pas suffisant pour alerter le clinicien. Par contre, l'absence de facteur pronostique est beaucoup plus fiable sur le plan clinique.

Le *tableau* de la page 71 présente les facteurs pronostiques selon des regroupements proposés par Waddell et Main². Le modèle biopsychosocial inclut les aspects liés à la lésion

Le D^r Michel Rossignol, spécialiste en santé communautaire, est médecin du travail à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et professeur agrégé au Département d'épidémiologie, de biostatistiques et de santé au travail de l'Université McGill, à Montréal. Il possède une maîtrise en sciences et est membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le D^r Alain Neveu, omnipraticien et conseiller en médecine du travail, exerce au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, à Montréal.

elle-même, aux conséquences des signes et symptômes sur le comportement de la personne et, enfin, aux répercussions du changement de comportement sur le fonctionnement affectif et social avec le conjoint, les membres de la famille, les amis et les collègues de travail. Cette classification correspond également aux notions de déficit lésionnel, d'incapacité fonctionnelle et de handicap proposées par l'Organisation mondiale de la santé³.

Facteurs liés à la personne

Avant d'aborder les facteurs liés à la lésion, voyons ceux qui sont associés à la personne. Parmi ceux-ci, **l'âge est de loin le plus souvent cité**. Au Québec, le risque de chronicité est cinq fois plus élevé chez les travailleurs de plus de 55 ans⁴. Plusieurs autres études ont confirmé ce résultat et ont montré également que ce risque est présent dès 40 ans⁵. Il y a sans doute une interaction importante entre l'âge et le type d'emploi, c'est-à-dire que l'effet de l'âge sur le pronostic pourrait être plus prononcé dans certains secteurs, comme celui de la construction. Quant au **sexe**, les données épidémiologiques du Québec montrent que ce facteur est beaucoup plus lié aux différences d'emploi et aux conditions de travail entre les hommes et les femmes qu'à un facteur biologique influençant la vitesse de guérison. Pour les habitudes de vie, le **tabagisme** est un facteur qui revient souvent dans les études. Le risque de chronicité peut doubler chez les fumeurs, sans que l'on comprenne très bien pourquoi.

La **perception de la douleur** est le premier facteur pronostique pour la majorité des patients souffrant de lombalgie. Si la douleur n'est pas soulagée au moins de façon intermittente dans les premières semaines d'évolution, certains

69

patients adopteront rapidement un comportement douloureux qui les expose davantage à un risque de chronicité. L'intensité de la douleur, exprimée sur une échelle de 0 à 10 ou inscrite sur une échelle visuelle analogique, est utile pour suivre l'évolution de la perception des patients. Nous en recommandons l'usage systématique. Pour évaluer la perception de l'incapacité fonctionnelle, le recours à un questionnaire validé s'avère utile au clinicien parce qu'il condense, en quelques questions, les attentes du patient quant à la réussite de son retour au travail. Il met aussi en évidence les obstacles potentiels à ce retour. Le questionnaire du professeur Kopeck de l'Université McGill joue bien ce rôle (*encadré 1*).

Facteurs liés à la lésion

Parmi les facteurs liés à la lésion, plusieurs influent grandement sur le pronostic. **Le plus important est la présence d'antécédents de lombalgie** au cours de la dernière année, particulièrement si l'épisode antérieur a duré plus de trois mois. En ce cas, le pronostic est mauvais, et le médecin pourrait d'emblée suggérer, dans le rapport médical envoyé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST), une consultation en réadaptation au travail.

Des antécédents d'opération au dos ont une grande valeur prédictive de chronicité. Moins de deux pour cent des patients souffrant de lombalgie subissent une intervention chirurgicale au Québec⁶. Ceux qui connaissent ensuite une récurrence ne devraient jamais, selon les experts, être réopérés. En effet, le succès de la première intervention n'est pas garanti (taux de réussite pour la lombalgie de 30 % à 70 % selon les séries publiées) et est pratiquement nul pour les tentatives subséquentes.

À l'examen clinique, les **signes de compression radiculaire** sont le plus souvent cités comme mauvais facteurs pronostiques. Il faut signaler ici que ces signes lésionnels

seuls n'expliquent pas entièrement cette situation, comme nous le verrons plus loin. **Le recours aux techniques d'imagerie et aux consultations** peut retarder la récupération. Il peut aussi donner, au patient comme au médecin, l'impression d'une lésion plus grave et contribuer ainsi au mauvais pronostic.

L'indice de Schöber est, comme l'intensité de la douleur, un indicateur fiable de l'évolution du patient et devrait être fait systématiquement. Quant aux signes de non-organicité de la douleur, popularisés par Gordon Waddell, ils sont très utiles pour confirmer un comportement douloureux que soupçonne le clinicien, c'est-à-dire que le patient exprime des symptômes au-delà de ce qui paraît à l'examen (*encadré 2*). On doit, cependant, éviter d'interpréter la présence de ces signes comme un indice de fraude, ce qu'ils ne sont pas.

Facteurs psychologiques

Dans la catégorie des facteurs psychologiques, on trouve non seulement **les perceptions du patient, mais aussi celles du clinicien**. L'incertitude face à la cause de la douleur lombaire est source de controverse quant à ce que le clinicien devrait communiquer à son patient. Par ailleurs, l'expérience au Québec montre que le **seul fait de poser un diagnostic spécifique au moment de la prise en charge** augmente de cinq fois le risque de chronicité⁴. Or, on sait que la majorité de ces diagnostics (signes mineurs d'arthrose et de déviation) ne peuvent pas entièrement expliquer une telle conséquence pronostique pourtant bien réelle. Il existe donc, dans la relation médecin-patient, un conditionnement dramatique qui peut s'établir dès le premier contact par le choix même des mots et des gestes du clinicien. Même s'ils lui paraissent routiniers, ils n'ont rien d'anodin pour le patient. Dans l'évaluation de la perception du patient, le

Le plus important facteur de risque de chronicité est la présence d'antécédents de lombalgie au cours de la dernière année, particulièrement si l'épisode antérieur a duré plus de trois mois. En ce cas, le pronostic est mauvais, et le médecin peut d'emblée suggérer une consultation en réadaptation au travail.

Pour la majorité des patients souffrant de lombalgie, la perception de la douleur est le premier facteur pronostique. Si la douleur n'est pas soulagée au moins de façon intermittente dans les premières semaines d'évolution, certains patients adopteront rapidement un comportement douloureux qui les expose davantage à un risque de chronicité.



T A B L E A U

Facteurs pronostiques de lombalgie selon le modèle biopsychosocial

	Le médecin peut influencer sur le facteur	Le médecin peut modifier le facteur	Le médecin ne peut modifier le facteur
Facteurs liés à la personne			
	<ul style="list-style-type: none"> ● Tabagisme ● Alcoolisme ● Forme physique 		<ul style="list-style-type: none"> ● Âge ● Sexe ● Enfants à charge ● Soutien de famille = meilleur pronostic ● Problèmes familiaux ● Insécurité financière
Facteurs liés à la lésion et à l'état de santé			
<ul style="list-style-type: none"> ● À l'anamnèse 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perception, par le patient, de son incapacité fonctionnelle (Questionnaire du D' Kopec ou autre) ● Troubles physiques ou psychologiques associés à la lombalgie ● Perception négative, par le patient, de son état de santé en général ● Intensité de la douleur, douleur persistante ou périodique, douleur très forte en décubitus ● Durée de l'épisode actuel (nombre de mois) 		<ul style="list-style-type: none"> ● Antécédents de lombalgie dans les 6 à 12 derniers mois ● Antécédents d'opération à la colonne
<ul style="list-style-type: none"> ● À l'examen 			<ul style="list-style-type: none"> ● Indice de Schöber montrant une mauvaise flexibilité ● Signes de compression radiculaire (irradiation, signe de Lasègue, faiblesse) ● Signes de Waddell (comportement douloureux)
Facteurs liés à la perception de la gravité			
	<ul style="list-style-type: none"> ● Perception, par le patient, d'une récupération lente (plusieurs mois), impossible ou non durable ● Crainte de rechute de la part du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ● Communication au patient par le médecin d'un diagnostic spécifique ● Incertitude ou ignorance quant à l'origine de la lombalgie et à son traitement ● Perception, par le patient, que l'évaluation du médecin est juste = meilleur pronostic 	

(Suite à la page suivante) >>>



◀◀◀ (Suite de la page précédente)

Facteurs pronostiques de lombalgie selon le modèle biopsychosocial (suite)

	Le médecin peut influencer sur le facteur	Le médecin peut modifier le facteur	Le médecin ne peut modifier le facteur
Facteurs liés au travail			
<ul style="list-style-type: none"> Travail 			<ul style="list-style-type: none"> Secteur des mines, de la foresterie, de la construction et autres secteurs où la demande physique est élevée Secteur de la santé Statut précaire : peu d'ancienneté (moins de 2 ans à 5 ans), petite entreprise (moins de 20 employés), secteur à prédominance féminine Perception, par le patient, qu'il va perdre son emploi dans les deux prochaines années Faible satisfaction au travail Manque de reconnaissance au travail et manque de valorisation de la qualité du travail Impression qu'il ne sera pas possible de prendre des arrangements avec l'employeur pour faciliter le retour au travail Impossibilité de prendre des pauses non prévues au travail ou perception négative à ce sujet Attitude négative des collègues face à une personne qui revient au travail après un accident
<ul style="list-style-type: none"> Indemnisation 			<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'indemnisation : meilleur pronostic de retour au travail au minimum ou au maximum des indemnités (CSST) Changement fréquent d'intervenant et dépersonnalisation des rapports avec la CSST ou la SAAQ Litige médico-légal

Questionnaire du P^r Kopec sur l'incapacité liée aux maux de dos au Québec

Ce questionnaire a une valeur comparative, c'est-à-dire que le pointage obtenu au cours d'une consultation doit être comparé à celui de la consultation précédente afin d'observer l'évolution de la perception. Ce questionnaire peut aussi servir à spécifier les conditions d'une affectation temporaire.

Perception du travailleur de pouvoir reprendre son emploi

Ce questionnaire porte sur la façon dont la douleur au dos nuit à la capacité du patient à accomplir différentes tâches.

Supposons que votre emploi demande que vous accomplissiez une des activités énumérées ci-dessous. Nous aimerions savoir si vous êtes capable ou incapable d'accomplir ce genre de travail aujourd'hui. Entourez la réponse qui correspond le mieux à chacune des activités.

Aujourd'hui, seriez-vous en mesure de travailler si vous deviez accomplir les activités suivantes ?

	Capable	Probablement capable	Probablement incapable	Incapable
● Soulever et transporter fréquemment des objets légers (de 5 lb à 10 lb)	0	1	2	3
● Tirer et pousser fréquemment sans trop de force	0	1	2	3
● Soulever et transporter fréquemment des objets lourds (plus de 40 lb)	0	1	2	3
● Tourner fréquemment le tronc et les épaules de côté	0	1	2	3
● S'accroupir et s'agenouiller fréquemment	0	1	2	3
● Se pencher ou courber le dos durant de longues périodes	0	1	2	3
● Rester debout durant des périodes de 20 à 30 minutes	0	1	2	3
● Rester debout ou marcher plusieurs heures consécutives	0	1	2	3
● Monter et descendre fréquemment les escaliers	0	1	2	3
● Rester assis plusieurs heures consécutives	0	1	2	3

Adapté de : Kopec JA et coll. *Spine* 1995 ; 20 : 341-52.

médecin ne doit pas hésiter à lui poser la question directement (Dans combien de temps croyez-vous pouvoir retourner au travail?) et à confronter cette perception avec le pronostic attendu.

Facteurs sociaux

Les facteurs sociaux regroupent les différents aspects du travail et de la prise en charge par un régime d'assurance,

Signes de non-organicité de la douleur

Grande expressivité de la douleur	Le patient grimace, vocalise ou verbalise sa douleur. Il se masse, adopte une posture ou une démarche anormale, change souvent de posture. Sursaute au toucher. Utilise une orthèse.
Distribution non anatomique	Le territoire douloureux ou de faiblesse ne suit pas un dermatome. Il est régional et peut s'étendre de part et d'autre de la ligne médiane.
Simulation	Deux tests : <ul style="list-style-type: none"> ● La compression axiale (pression des mains du clinicien sur la tête ou les épaules du patient en position debout) reproduit la douleur lombaire. ● La fausse rotation lombaire reproduit la douleur lombaire. Pour ce faire, le clinicien saisit le bassin du patient en position debout et lui imprime une rotation (rotation simultanée du bassin et des épaules).
Distraction	Une observation et un test : <ul style="list-style-type: none"> ● Le patient se comporte différemment à son arrivée au bureau, pendant qu'il se déshabille et pendant l'examen. ● Le clinicien fait l'épreuve du tripode en feignant d'examiner la jambe. La réaction est différente de celle qu'il a obtenue à l'épreuve de Lasègue ou d'élévation de la jambe tendue.

Adapté de : Waddell G, Main C. *Illness Behavior*. Dans *The Back Pain Revolution*, Waddell G. Éd. Toronto : Churchill Livingstone 1998 ; 161-8.

comme la CSST. Le pronostic est influencé par la nature du travail, le statut d'emploi, la situation économique de l'entreprise, l'organisation du travail et les relations de travail. Tous ces aspects ne peuvent être évalués en clinique. La question sur le retour au travail peut aider à révéler un ou plusieurs facteurs liés au travail qui font obstacle à la récupération fonctionnelle et nuisent au pronostic. En pareil cas, le clinicien ne doit pas s'empêcher de se prononcer sur les capacités résiduelles de son patient en cours de suivi, ce qui permet à la CSST de prendre le relais. Si le patient est en litige, le rôle du médecin de première ligne est alors de le soutenir sur les plans symptomatique et psychologique afin de limiter les conséquences sur le fonctionnement général et de prévenir le handicap.

Interprétation des facteurs pronostiques selon le modèle DEES

Les facteurs pronostiques peuvent être classés dans un ordre logique qui correspond aux guides de pratique clinique sur les lombalgies⁷. Dans un article précédent, nous avons résumé l'approche pour traiter le patient souffrant de lombalgie en quatre points essentiels : diagnostiquer, expliquer, encourager et soulager (DEES)⁸. Cette approche

permet de répertorier les facteurs pronostiques du *tableau I* selon qu'ils peuvent être modifiés ou non par l'intervention clinique.

Dans la catégorie « diagnostiquer », le facteur modifiable est la recherche, par le médecin, d'un diagnostic spécifique ou l'association d'un patient avec un diagnostic précis. Même s'il est vrai que la douleur sciatique et les signes radiculaires ont une signification physiopathologique pour le médecin, ces signes se résorbent dans la majorité des cas lorsque le patient suit un traitement non chirurgical. Le fait d'alerter un patient en lui disant qu'il a une lésion alourdit considérablement le pronostic en doublant le risque de chronicité. Il faut dire, par ailleurs, que les patients sont rassurés lorsqu'ils ont l'impression que leur médecin s'y connaît et qu'il effectue son examen clinique de façon professionnelle et systématique.

Pour le volet « expliquer », rappelons qu'on ne vise pas avant tout à satisfaire le patient, mais plutôt à influencer positivement le pronostic. On atténue les incertitudes, notamment en corrigeant les croyances erronées. Doser les explications pour gagner et maintenir la confiance du patient est un art. En ce sens, une attitude ouverte face aux questions de ce dernier peut être aussi importante que les

réponses, parce que ces questions révèlent les inquiétudes du patient et, par conséquent, les éléments auxquels il sera le plus réceptif aux renseignements.

Encourager le patient à demeurer actif malgré sa souffrance est une tâche difficile qui gagne à être partagée avec les autres professionnels de la santé s'occupant du patient. Le médecin est le maître d'œuvre des soins et oriente la prise en charge. Si une personne perçoit négativement ses chances de retour au travail, on ne peut réussir à modifier cette perception que par un judicieux mélange de fermeté, d'empathie et de patience. Si les perceptions sont bien ancrées, le médecin seul ne réussira pas à les ébranler en douze semaines. Il est donc important d'explorer dès le départ, par quelques questions directes, les perceptions du patient et de comparer les réponses obtenues d'une consultation à l'autre.

Le recours aux analgésiques ou à la physiothérapie permet au médecin d'influer sur le pronostic de son patient. Ces modalités analgésiques n'ont qu'un rôle de soutien et ne doivent pas se substituer, même en phase aiguë, aux efforts du patient pour demeurer actif autant que possible. La prescription du médecin est un don au patient. Ce dernier doit comprendre et accepter les termes de ce « contrat » thérapeutique. Rappelons enfin que l'analgésie n'est qu'une partie du soulagement de la douleur et qu'un patient qui souffre ne répondra que très peu ou pas du tout aux modalités analgésiques. Les signes de Waddell sont ici utiles pour repérer ces patients (*encadré 2*).

Points névralgiques du pronostic modifiable

Les actions pouvant modifier le pronostic sur lesquelles peut agir le médecin sont peu nombreuses, mais jouent un grand rôle, sur les plans clinique et épidémiologique, dans la prévention de la chronicité et des rechutes.

- L'absence de facteur pronostique est aussi importante que leur présence. Dans tous les cas (sauf les rares patients qui présentent des signes d'alerte – *red flags*), le médecin doit éviter de donner au patient une impression diag-

nostique de gravité et particulièrement de le bloquer avec un diagnostic irréversible comme l'arthrose. Signalons ici qu'une image de prolapsus discal ou d'arthrose n'a pas en soi démontré de signification pronostique quant à la chronicité. Le mauvais pronostic vient de l'interprétation que font le clinicien et le patient de la gravité de ces signes.

- Être à l'écoute et doser l'information selon les perceptions des patients est un moyen dont dispose le clinicien pour influencer positivement son patient. Une partie importante du pronostic est liée aux perceptions des patients de leur état de santé, de leur douleur et de leur incapacité fonctionnelle, de leur risque de rechute et de leur capacité de retourner au travail. L'exploration, même sommaire, de ces perceptions dès la première consultation permet au clinicien de rester maître de la prise en charge, peu importe l'évolution du patient. La remise par le clinicien d'un document d'information et d'exercices à son patient (comme celui qu'a publié la FMOQ en 2000, intitulé *Tournez le dos à la lombalgie*) peut avoir un effet mesurable une fois que le patient a quitté le bureau⁹.

- La douleur demeure le principal facteur pronostique pour le patient. C'est la perception de cette douleur qui module les craintes et les impressions concernant la récupération et la capacité de reprendre ou de maintenir les activités normales, notamment le travail. Dans la lombalgie, l'analgésie n'est pas un traitement curatif, mais joue plutôt un rôle de soutien. Même si ce rôle doit être compris comme étant complémentaire, pour le patient il a valeur de cure symptomatique, clé de tout le processus thérapeutique. C'est pourquoi les gains même modestes doivent être soulignés. Par contre, surtout au-delà du deuxième mois, le médecin doit éviter de poursuivre les traitements de physiothérapie passive, qui n'ont qu'un but analgésique et qui, de fait, favorisent le déconditionnement physique et ne règlent pas le problème du patient.

- Enfin, le clinicien a peu d'influence sur les facteurs liés au travail. Son rôle devrait être de repérer une situation pouvant engendrer un mauvais pronostic et de l'indiquer

Une partie importante du pronostic est liée aux perceptions qu'ont les patients de leur état de santé, de leur douleur et de leur incapacité fonctionnelle, de leur risque de rechute et de leur capacité de retourner au travail. L'exploration, même sommaire, de ces perceptions dès la première visite permet au clinicien de rester maître de la prise en charge, peu importe l'évolution du patient.

comme tel sur le rapport médical destiné à la CSST qui dispose de moyens pour intervenir. La CSST a aussi mis sur pied un réseau québécois de centres de réadaptation au travail pour les cas où le pronostic de chronicité est confirmé. Un médecin ne devrait pas suivre seul un patient en arrêt de travail complet ou ayant cessé ses activités depuis plus de douze semaines.

Madame C.D. et Monsieur G.H.

Madame C.D. présente deux facteurs majeurs de risque de chronicité. Elle a eu des antécédents de lombalgie au cours de la dernière année, et le tableau clinique est maintenant celui d'un diagnostic spécifique probable de hernie discale. Par contre, au cours des épisodes antérieurs, elle a déjà bénéficié de l'approche proactive et obtenu des renseignements rassurants sur sa lombalgie. L'évolution favorable de ses deux épisodes antérieurs a même eu en soi un effet rassurant. Elle a ainsi confiance de pouvoir à nouveau maîtriser sa douleur et régler son problème. Elle doit toutefois savoir que la période de guérison sera plus longue cette fois. La cohérence et la complémentarité des données que le médecin et la physiothérapeute lui transmettent contribuent aussi à la rassurer. Après le deuxième mois de traitement, vous lui prescrivez un examen d'imagerie par tomographie axiale qui confirme la présence d'une hernie discale L4-L5 paramédiane gauche avec irritation radiculaire, mais sans compression. Cet examen n'a pas été fait plus tôt pour éviter l'effet d'étiquetage, en présence d'une bonne réponse clinique au traitement non chirurgical. Cet examen complémentaire a deux objectifs : confirmer le diagnostic tout en démontrant à la patiente l'évolution positive de son état et lui permettre de bénéficier d'un rapport d'atteinte permanente conforme au barème des dommages corporels lorsqu'il sera temps de procéder à cette évaluation.

Monsieur G.H. présente plusieurs facteurs de risque de chronicité. En tout premier lieu, il a reçu un traitement pour une lésion similaire ayant duré plus de six mois au cours de la dernière année. Il présente, en outre, un comportement axé sur la douleur avec des signes de Waddell évidents (*tableau et encadré 2*) et une grande perception d'incapacité fonctionnelle. Ces deux éléments ont été renforcés par les résultats des examens d'imagerie faits sans raison au cours de l'épisode précédent et qui lui ont été mal expliqués, créant ainsi un important effet d'étiquetage iatrogénique. Il est fort probable que ce patient ne guérira pas au cours des trois premiers mois. Le recours hâtif à une

équipe multidisciplinaire de réadaptation est sa seule chance de reprendre confiance en ses capacités physiques et d'améliorer son pronostic.

AU COURS DES DOUZE PREMIÈRES semaines de la prise en charge du patient souffrant de lombalgie, le repérage des risques de chronicité et l'influence sur les facteurs pronostiques ne peuvent jouer leur rôle préventif que **si le patient est suivi par un seul médecin qui est le maître d'œuvre**. Il y a encore beaucoup à faire sur le plan de l'organisation des soins au Québec pour que les travailleurs souffrant de lombalgie soient assurés d'une continuité et d'une cohérence dans les services prodigués par les différents professionnels de la santé. Les efforts de diffusion des guides de pratique clinique aux différents types de professionnels devront s'intensifier dans les programmes de formation continue. ☞

Date de réception : 13 mai 2003

Date d'acceptation : 16 juillet 2003

Mots clés : lombalgie chronique, facteurs de risque, dépistage.

Bibliographie

1. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP, Nordin M, Avouac B, Blotman F et coll. The role of activity in the therapeutic management of back pain: report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000; 25 (suppl) : 1-33.
2. Waddell G, Main C. A new clinical model of low back pain and disability. Dans : Waddell G, rédacteur. *The back pain revolution*. Toronto: Churchill Livingstone; 1998, chap. 14, p. 223-40.
3. Organisation mondiale de la santé: www3.who.int/icf/icfitemplate.cfm.
4. Abenhaim L, Rossignol M, Gobeille D, Bonvalot Y, Fines P, Scott S. The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine* 1995; 20 : 791-5.
5. Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occup Environ Med* 1996; 53 : 488-94.
6. Rossignol M, Abenhaim L, Gobeille D, Bonvalot Y. Should the gap be filled between current medical practice and recommendations for patients with low back pain. *Spine* 1996; 21 : 2893-9.
7. Guides de pratique clinique sur les lombalgies: www.facocmed.ac.uk/content/BackPain.htm
8. Rossignol M, Neveu A. Les maux de dos: nouvelle approche pour le médecin en première ligne. *Le Médecin du Québec* 1999; 34 : 141-3.
9. Cole DC, Mondloch MV, Hogg-Johnson S et coll. Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes – a prospective study. *Can Med Assoc J* 2002; 166 : 749-54.
10. Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen de Lara A, Le Parc JM, Paolaggi JB. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an

S U M M A R Y

Chronic low back problems: how to detect patients at risk.

Chronic low back pain risk factors could be detected early in the acute stage. In this article, description of these factors is based on the Waddell and Main biopsychosocial model.

The main "personal feature" is the patient's perception of pain. Other factors are linked to the back problem itself. A past history of LBP, especially in the last year, is the overall most significant factor. Past history of spine surgery, clinical signs of root compression are also to be considered.

Social and work environments are risk factors upon which family physicians have little or no impact. A positive impact on patient's outcome is an achievable goal: both the physician's attitude, willingness to listen and to reassure his patient with non-specific LBP, and the emphasis on restoring patient's function rather than focusing only on pain control have proven effective.

Key words : chronic low back problems, risk factors, detection.

inception cohort study in primary care practice. *BMJ* 1994 ; 308 : 577-80.

11. Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, Volinn E. Cost, controversy, crisis: low back pain and the health of the public. *Annu Rev Public Health* 1991 ; 12 : 141-56.
12. Hogg-Johnson S, Cole DC et coll. Early prognostic factors for duration on benefits among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Occup Environ Med* 2003 (sous presse).
13. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Burton AK, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care : an international comparison. *Spine* 2001 ; 26 : 2504-14.
14. Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine* 2001 ; 26 : 2065-72.
15. Rossignol M. Establishing a prognosis for low back problems. Dans : Ranney D, rédacteur. *Chronic musculoskeletal injuries in the workplace*. Montréal : WB Saunders Company ; 1997. Chap. 12, p. 193-215.
16. Staal JB, Hlobil H, van Tulder M, Waddell G, Burton K, Koes BW, van Mechelen W. Occupational health guidelines for the management of low back pain : an international comparison. *Occup Environ Med* 2003 ; 60 : 618-26.
17. Truchon M. Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil Rehabil* 2001 ; 23 : 758-67.
18. Van der Weide WE, Verbeek JH, Salle HJ, van Dijk FJ. Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scand J Work Environ Health* 1999 ; 25 : 50-6.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

Février 2004

12 et 13 **La pneumologie**
Hôtel Delta Québec

Mars 2004

18 et 19 **L'endocrinologie**
Hôtel Bonaventure Hilton, Montréal

Avril 2004

22 et 23 **La cardiologie**
Hôtel Delta Québec

Mai 2004

du 8 au 15 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Strasbourg, France

Juin 2004

3 et 4 **La médecine hospitalière**
Hôtel des Seigneurs, Saint-Hyacinthe

Septembre 2004

16 et 17 **La psychiatrie**
Centre Mont-Royal, Montréal